



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2013

Gesundheitsförderung im Alter: Wie erreichen wir alle?

Soom Ammann, Eva ; Gurtner, Renate ; Salis Gross, Corina

Abstract: Die aktuelle Gesundheitsförderung im Alter spricht eher die Mittelschicht mit gutem Bildungs- und Sozialkapital an. Deshalb werden nun im Rahmen des interkantonalen Projektes «via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter» in Pilotgemeinden spezielle Massnahmen zur besseren Erreichbarkeit von benachteiligten und schwer erreichbaren älteren Menschen ausprobiert und umgesetzt.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich
ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-85820>
Journal Article

Originally published at:

Soom Ammann, Eva; Gurtner, Renate; Salis Gross, Corina (2013). Gesundheitsförderung im Alter: Wie erreichen wir alle? SuchtMagazin, (2):25-28.

Gesundheitsförderung im Alter: Wie erreichen wir alle?

Die aktuelle Gesundheitsförderung im Alter spricht eher die Mittelschicht mit gutem Bildungs- und Sozialkapital an. Deshalb werden nun im Rahmen des interkantonalen Projektes «via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter» in Pilotgemeinden spezielle Massnahmen zur besseren Erreichbarkeit von benachteiligten und schwer erreichbaren älteren Menschen ausprobiert und umgesetzt.

Eva Soom Ammann

Dr. phil., Projektleiterin, Public Health Services GmbH, Sulgeneckstrasse 35, CH-3007 Bern, soom@public-health-services.ch, www.public-health-services.ch

Renate Gurtner

Projektleiterin, Public Health Services GmbH, Sulgeneckstrasse 35, CH-3007 Bern, gurtner@public-health-services.ch, www.public-health-services.ch

Corina Salis Gross

Dr. phil., Bereichsleiterin «Diversität und Chancengleichheit» bei Public Health Services GmbH und Forschungsleiterin am Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF der Universität Zürich, Sulgeneckstrasse 35, CH-3007 Bern, Tel. +41 (0)31 331 21 22, salisgross@public-health-services.ch, www.public-health-services.ch

Schlagwörter:

Gesundheitsförderung | Alter | Erreichbarkeit | Benachteiligte Gruppen |

Schwere Erreichbarkeit und Benachteiligung

Schwere Erreichbarkeit und Benachteiligung im Alter haben komplexe Ursachen, die weit in die Biografie zurückreichen.¹ Insbesondere der sozioökonomische Status (Bildungsstand, Einkommen, berufliche Stellung, Vermögen)² hat grossen Einfluss auf die Gesundheit im Alter, und dieser ist u.a. auch geschlechtlich segregiert.³ MigrantInnen sind – aufgrund von Migrationserfahrungen und/oder von tieferen Positionen im Arbeitsmarkt – oft besonders hohen Benachteiligungsrisiken ausgesetzt, die sich wiederum in potenziell belasteter Gesundheit äussern können.⁴

Gesellschaftliche Bedingungen und individuelle biographische Verläufe führen also zu spezifischen Lebenslagen im Alter, die in verschiedener Hinsicht von Benachteiligung geprägt sein können. Neben sozioökonomischem Status, Geschlecht und Migration sind soziale oder räumliche Isolation, eingeschränkte Mobilität, psychogeriatrische Beeinträchtigungen, starke zeitliche Auslastung (z.B. Pflege von Angehörigen) oder bewusst gewählte Unerreichbarkeit beeinflussende Faktoren.⁵ Die Ursachen sozialer Benachteiligung sind also überaus vielschichtig und oft nicht eindeutig zu definieren.⁶ Es empfiehlt sich deshalb in erster Linie, in der Definition von sogenannten «schwer erreichbaren» Zielgruppen nicht zu pauschalisieren und zu problematisieren, sondern Benachteiligung grundsätzlich diversitätssensibel und ressourcenorientiert anzugehen.⁷

Handlungsressourcen

Bildung, insbesondere in Form von interaktiv verarbeitetem Gesundheitswissen, gilt als zentrale Ressource, um sich auch unter schwierigen Bedingungen gesundheitsförderlich zu verhalten

zu können. Dabei ist nicht nur theoretisches, sondern auch alltagspraktisches Wissen nötig. Dieses beruht stark auf persönlichen und sozial geteilten Erfahrungen.⁸ Gesundheitskompetenz macht es also möglich, Fachwissen zu verstehen und in die eigene Lebenslage zu integrieren.⁹

Auch soziale Netzwerke sind eine wichtige Ressource für die Gesundheit. Informelle Netzwerkbeziehungen sind nicht nur für die Informationsvermittlung zentral, sondern auch für die Beeinflussung des individuellen Verhaltens. Dies gilt vor allem für starke Beziehungen wie z.B. familiäre oder freundschaftliche, welche von Vertrauen und gegenseitiger Verpflichtung geprägt sind.¹⁰ Von vergleichbarer Bedeutung sind auch Beziehungen zu Vertrauenspersonen wie z.B. FunktionsträgerInnen in professionellen oder zivilgesellschaftlichen Organisationen: HausärztInnen, PriesterInnen, Sozialarbeitende oder VereinsvertreterInnen.¹¹ Gerade im Migrationskontext konnte die Wichtigkeit informeller Beziehungen nachgewiesen und in Interventionen wirksam eingesetzt werden.¹² Informelle Beziehungen wirken

Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter

Via ist ein vom Kanton Bern und der Stadt Zürich 2009 initiiertes interkantonales Projekt mit zurzeit zehn angeschlossenen Kantonen (AR, BE, GR, NW, SG, SH, TG, UR, VD, ZG) sowie Gesundheitsförderung Schweiz als rechtlichem Träger und der bfu-Beratungsstelle für Unfallverhütung. Das Projekt nutzt das Potenzial von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter zur Bewältigung des demografischen Wandels. Via leistet einen Beitrag zur Stärkung der Autonomie, Gesundheit und Lebensqualität älterer Menschen. Damit sollen die Pflegebedürftigkeit verringert, Heimeinweisungen verzögert und Kosten gesenkt werden.

Via basiert auf der wissenschaftlichen Aufarbeitung wirkungsvoller und kosteneffizienter Praxisbeispiele. 2010 wurden Empfehlungen in Form von Best-Practice-Studien in fünf prioritären Themenbereichen erarbeitet:

- Bewegungsförderung
- Sturzprävention
- Beratung, Veranstaltungen und Kurse
- Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen
- Partizipation der Hausärztinnen und Hausärzte

2011 kam der Schwerpunkt Psychische Gesundheit dazu. Die Erkenntnisse unterstützen die Kantone, Gemeinden und NGOs bei der Planung, Umsetzung und Evaluation ihrer bestehenden oder neuen Programme und Projekte.



durch das damit einhergehende Vertrauen gesundheitsfördernd, sie stärken die soziale Unterstützung und Kontrolle.⁴³

Best Practice

Um ältere, benachteiligte Menschen anzusprechen, braucht es Anstrengungen, die spezifisch auf deren Lebenswelt ausgerichtet sind.⁴⁴ Dies setzt voraus, dass die Bedürfnisse der Zielgruppe bekannt sind und verstanden werden, und dass die anzusprechenden Menschen von Anfang an in die Planung mit einbezogen werden.⁴⁵ In unserer Studie «Alt und schwer erreichbar» erarbeiteten wir mittels einer Literaturrecherche und Interviews mit ExpertInnen aus der ganzen Schweiz Empfehlungen, die sich an ProtagonistInnen verschiedener Ebenen richten.⁴⁶ Denn Massnahmen zur Verbesserung der Erreichbarkeit in der Gesundheitsförderung im Alter müssen sowohl auf EntscheidungsträgerInnen wie auch auf AnbieterInnen abzielen und die Angebote im Hinblick auf soziale Kollektive und individuelle Anliegen zielgruppenspezifisch angelegt werden. In unseren Erhebungen hat sich als Best Practice auf lokaler Ebene (z.B. Gemeinde, Region) ein Mix von drei strategischen Ansätzen herauskristallisiert:

- 1) Aufsuchende Beratungsangebote, insbesondere individuelle Beratungen zu Hause,
- 2) Gruppenangebote, die sowohl auf soziale Integration als auch auf Wissensvermittlung setzen (in bestehenden oder neuen Gruppen), und
- 3) Gemeinwesenarbeit, die über die unmittelbaren persönlichen Netzwerke hinausreicht und das zivilgesellschaftliche Engagement in der Gemeinde oder im Quartier stärkt.

Für Anbietende ist konkret auf Folgendes zu achten:

Via-Empfehlungen⁴⁷

- Für die anzusprechenden Zielgruppen werden ausreichende Bedarfsanalysen durchgeführt (soziodemografische und sozialräumliche Daten, ExpertInnenbefragung etc.).
- Mit einem partizipativen Vorgehen wird geklärt, welche Massnahmen einem Bedürfnis der Zielgruppen entsprechen (Gespräche mit Vertretenden der Zielgruppe

und Schlüsselpersonen). Diese Leistungen werden angemessen entschädigt.

- Grundsätzlich wird versucht, die Perspektive der Zielgruppe einzunehmen (in der Konzeption und der Umsetzung).
- Die Zielgruppe wird so definiert, dass keine Stigmatisierungen und zusätzlichen Benachteiligungen entstehen (Gruppe wird nicht zu eng eingegrenzt).
- Für die Angebote werden Räumlichkeiten gewählt, zu denen die Zielgruppe einen Bezug hat (am besten in ihrer Lebenswelt: Quartier, Dorf, Vereinslokal etc.).
- Das Angebot ist für die Zielgruppe finanziell erschwinglich.
- Es werden Vermittlungswege und Instanzen gesucht, die möglichst persönlichen Kontakt zu sozial und räumlich isolierten Zielgruppen herstellen (Hausärztinnen/-ärzte, ambulante Pflege-Mitarbeitende, Sozialschaffende etc.)
- Es wird geklärt, welche Vermittlungspersonen zur persönlichen Kontaktierung der Zielgruppe eingesetzt werden können (Mediatorinnen/Mediatoren mit gleicher Sprache, gleichem Geschlecht oder ähnlichem Erfahrungshintergrund). Wichtig ist die Akzeptanz bei den Zielgruppen, damit ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden kann.
- Es wird geklärt, welche Form des Angebotes für die Zielgruppe am besten passt (aufsuchend oder mit Komm-Struktur).
- Die eingesetzten Hilfsmittel (Broschüren, Flyer, Fragebogen) werden beziehungsgeleitet, d. h. von einer Vertrauensperson übergeben und besprochen.
- Es wird geklärt, welche Medien (alte und neue) von der jeweiligen Zielgruppe verstanden, akzeptiert und genutzt werden.

Umsetzung

Die Via-Empfehlungen werden gegenwärtig in den Kantonen Bern und Zug pilotmässig umgesetzt. Beide Kantone kennen Programme zur Gesundheitsförderung im Alter, welche von der Pro Senectute getragen werden. In Zug nennt sich das Programm «Gesund altern im Kanton Zug» (GAZ),⁴⁸ in Bern heisst es «ZWÄG INS ALTER» (ZIA).⁴⁹ Diese Programme werden nun auf der Grund-



lage der erarbeiteten Best-Practice-Empfehlungen u. a. auch im Hinblick auf eine bessere Einbindung von schwer erreichbaren Zielgruppen angepasst.

Via im Kanton Zug setzt auf Kleingruppen und aktive Vernetzung

Das Programm GAZ bietet bereits Gruppenberatungskurse zum Thema Gesundheit im Alter und eine Vielzahl von Bewegungskursen – beispielsweise Dalcroze Rhythmik, Fit Gym, Aquafit und Walking – an und hat seit jeher auf die Nutzung zielgruppennaher Settings und kostenfreier Angebote gesetzt. Für eine bessere Einbindung von bisher nicht erreichten Zielgruppen will sich Zug jetzt darauf konzentrieren, diejenigen abzuholen, welche an sozialen Kontakten und gesundheitlichen Inhalten interessiert sind, aber den Schritt zur Teilnahme am Programm bisher nicht gemacht haben. Beabsichtigt ist ein Paradigmenwechsel: weg vom Angebot für alle und hin zu Kleingruppen für Benachteiligte (gemeindeorientiert). Themenspezifisch und zumindest in der Anfangsphase begleitet durch Fachpersonen, sollen kleine Gruppen gebildet werden, die sich regelmässig treffen. Gute Beispiele sind die «Tavolata»-Gruppen, die gemeinsam kochen. Wünschenswert sind auch Gruppen, deren Mitglieder durch MentorInnen für Spaziergänge abgeholt werden. Schwer Erreichbare sollen so über ein Thema Zugang zu einer Gruppe finden und über diese Einbindung in ihrer Partizipation gefördert werden. Danach sollen auch gesundheitsrelevante Verhaltensänderungen im Gruppenkontext initiiert und nachhaltig im Alltag eingebaut werden. Zu diesem Zweck wurden kleinere Instrumente entwickelt und erprobt: Ein Trainingsprogramm zur Sturzprävention für zu Hause sowie ein Ausbau des Bewegungsanteils in Gruppenkursen, d.h. beim Jassen oder im Computerkurs wird auch kurz geturnt. Im Herbst 2012 wurde zudem die Koordinationsplattform «bewegen & begegnen bis 100» initiiert.²⁰ Dies mit dem Ziel, die kantonalen und kommunalen AkteurInnen, Zuweisenden und Multiplizierenden zu vernetzen, die sich für Personen 50+ im Bereich der körperlichen und geistigen Gesundheit engagieren.

Via im Kanton Bern steht auf drei Beinen

Erstens sind dies Kurse und zweitens sind es individuelle präventive Hausbesuche, welche auch für schwer Erreichbare adäquate Beratung bieten können. Mit dem Ziel, Benachteiligte

effektiver zu erreichen, hat nun das dritte Standbein des Programms, die Veranstaltungen, ein deutlich grösseres Gewicht erhalten. Diese werden auf Wunsch konzipiert und vorwiegend in (bereits bestehenden oder auch neu angeregten) Gruppen durchgeführt – oft in Partnerschaft mit Kirche, Gewerkschaften, dem Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) oder der Caritas. Die Veranstaltungen sind kostenlos und sowohl inhaltlich wie auch formal flexibel: Zeit, Ort, Häufigkeit (einmalig, wiederholend) und Art der Veranstaltungen (Informationsvermittlung, Frage/Antwort-Veranstaltungen, moderierte Gesprächsgruppen etc.) variieren. Tandem-Leitungen, bestehend aus einer Vertrauensperson und einer ZWÄG-INS-ALTER-Fachperson, welche Impulse aus der Gruppe aufnehmen können, bewähren sich besonders gut. Das Programm ZIA verfolgt damit einen Ansatz, der schwer Erreichbare nicht nur in der individuellen Beratung sensibel dort abholt, wo sie gerade stehen, sondern vermehrt auch bedürfnisgerechte Gruppenarbeit leistet.

Fazit

Beide Pilotkantone nutzen die verstärkte Fokussierung auf Kleingruppen als Weg zur besseren Erreichbarkeit von Benachteiligten. Sowohl in Bern wie in Zug wird die soziale Integration einzelner Menschen in Gruppen stärker gewichtet, und auch der Ansatz der bedürfnisorientierten und durch eine Vertrauensperson geleiteten, qualitativ fundierten Bildungsarbeit wird gefördert. Hier zeigen die Erfahrungen, dass Niederschwelligkeit bei Bildungsangeboten u.a. heisst, die Methodik und Sprache anzupassen. Bewährt hat sich weiter, einen kostenlosen Imbiss anzubieten, sowie das emotionale Abholen mit Bildern und lustbetonten Elementen. Es gilt, das «richtige» Thema zu wählen, etwas, das die Zielgruppe beschäftigt. Nicht nur, was gelernt werden kann, sondern vor allem, was gratis erlebt werden kann, zählt bei eher bildungsfernen Personen. Und was geschätzt wird, spricht sich auch herum.

Im Sinne eines ersten Fazits sei hier aber auch erwähnt, dass sich die Einbindung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren nicht immer einfach gestaltet – und dass die Erfahrungen des einen Kantons nicht unangepasst auf den anderen Kanton übertragen werden können. So zeichnet sich im Kanton Zug die Sensibilisierung bei den AnbieterInnen für die Zielgruppe der schwer Erreichbaren als ungleich schwieriger ab als beispielsweise im

Kanton Bern. Und die notwendigen strukturellen Änderungen für eine Stärkung von Gemeinwesenarbeit und zivilgesellschaftlichem Engagement tangieren politische Felder, die mittel- und langfristig angelegt sind. Inwiefern auch politische Rahmenbedingungen eine Rolle spielen, ist deshalb Teil der gegenwärtig laufenden Via-Evaluation.●

Literatur

- Babitsch, B. (2009): Die Kategorie Geschlecht: Theoretische und empirische Implikationen für den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit. S. 284-299 in: Matthias Richter/Klaus Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag.
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2010): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Köln.
- Christakis, N.A./Fowler, J.H. (2010): Connected! Die Macht sozialer Netzwerke und warum Glück ansteckend ist. Frankfurt a.M.: S. Fischer.
- HealthProElderly (2010): Evidenzbasierte Leitlinien für die Gesundheitsförderung älterer Menschen. Wien: Österreichisches Rotes Kreuz. www.tinyurl.com/cxswu4h, Zugriff 21.03.2013.
- Homfeldt, H.G. (2005): Gesund Altern – Aufgaben Sozialer Arbeit. S. 87-108 in: Cornelia Schweppe (Hrsg.): Alter und soziale Arbeit. Theoretische Zusammenhänge, Aufgaben- und Arbeitsfelder. Grundlagen der Sozialen Arbeit Band 11. Hohengehren, Baltmannsweiler: Schneider.
- Môret, J./Dahinden, J. (2009): Wege zu einer besseren Kommunikation. Kooperation mit Netzwerken von Zugewanderten. Bern-Wabern: Eidg. Kommission für Migrationsfragen EKM, Materialien zur Migrationspolitik.
- Nutbeam, D. (2000): Health literacy as public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 15(3): 259-267.
- Salis Gross, C./Schnoz, D./Cangatin, S. (2009): «(Nicht-)Rauchen wie ein Türke?». Suchtmagazin 35(4): 30-33.
- Salis Gross, C. (2010): Nachhaltigkeit bei Suchtausstieg und Prävention durch starke Beziehungen. Suchtmagazin 36(1): 18-21.
- Salis Gross, C./Soom Ammann, E./El Fehri, V. (2012): Die Rolle sozialer Netzwerke beim Rauchstopp. In: Suchtmagazin 38(3+4): 26-29.
- Soom Ammann, E./Salis Gross, C. (2011): Alt und schwer erreichbar. «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter» bei benachteiligten Gruppen. München: Akademische Verlagsgemeinschaft München.
- Sommerhalder, K. (2009): Gesundheitskompetenz in der Schweiz: Forschungsergebnisse und Interventionsmöglichkeiten. S. 55-79 in: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.): Gesundheitskompetenz zwischen Anspruch und Umsetzung. Zürich: Seismo.
- Stamm, H./Lamprecht, M. (2009): Ungleichheit und Gesundheit. Grundlagendokument zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit. Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz. Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung.
- Streich, W. (2009): Vulnerable Gruppen: «Verwundbarkeit» als politiksensibilisierende Metapher in der Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheit. S. 301-307 in: Matthias Richter/Klaus Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag.
- Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter (2012): Checkliste «Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen». Bern:

Schwerpunkte 2011-2013

Transfer der Best-Practice-Erkenntnisse in die Praxis. In Modellkantonen werden Umsetzungskonzepte, Leitfäden und Instrumente erarbeitet. Kontinuierliche Vernetzung der AkteurInnen und gegenseitiges «voneinander lernen». Beratung der Kantone und Organisationen bei Aufbau, Umsetzung und Evaluation von Projekten und Programmen.

Im Fokus des Projektes stehen ältere Menschen, die selbstständig oder mit ambulanter Unterstützung zu Hause wohnen. Die direkte Zielgruppe des Projektes sind jedoch Fachpersonen in den umsetzenden Partnerorganisationen. Das Projekt läuft vorläufig bis Ende 2013.

Information und Downloads

www.gesundheitsfoerderung.ch/via

Kontakt:

Gesundheitsförderung Schweiz, Ralph M. Steinmann, Gesamtleitung, Ralph.steinmann@promotionsante.ch
Koordinationsstelle Via: Andy Biedermann, operative Projektleitung: via@promotionsante.ch

Gesundheitsförderung Schweiz. www.tinyurl.com/csbsn9, Zugriff 21.03.2013.

Endnoten

- Homfeldt 2005: 93.
- Stamm/Lamprecht 2009: 11.
- Vgl. Babitsch 2009.
- Soom Ammann/Salis Gross 2011: 4ff.
- Soom Ammann/Salis Gross 2011: 45.
- Vgl. Stamm/Lamprecht 2009; Streich 2009.
- Soom Ammann/Salis Gross 2011: 111ff.
- Nutbeam 2000.
- Sommerhalder 2009: 58.
- Vgl. Christakis/Fowler 2010; Salis Gross et al. 2012.
- Vgl. Salis Gross 2010; Môret/Dahinden 2009.
- Vgl. Môret/Dahinden 2009; Salis Gross et al. 2009.
- Vgl. Christakis/Fowler 2010; Salis Gross 2010.
- Vgl. BZgA 2010; Soom Ammann/Salis Gross 2011: 114.
- Vgl. HealthProElderly 2010; Soom Ammann/Salis Gross 2011: 114.
- Soom Ammann/Salis Gross 2011: 112ff.
- Für eine erweiterte Fassung von Empfehlungen für EntscheidungsträgerInnen und Anbietende vgl. Soom Ammann/Salis Gross 2011: 112-121 und die entsprechende Checkliste des Projektes Via (Via 2012).
- Gesund altern im Kanton Zug GAZ: www.tinyurl.com/coycz7h, Zugriff 21.03.2013
- www.zwaeg-ins-alter.ch
- Eine entsprechende Website ist in Erarbeitung.

Bücher zum Thema



Sucht im Alter – Altern und Sucht. Grundlagen, Klinik, Verlauf und Therapie

Dirk K. Wolter
2010, Kohlhammer, 302 S.

Suchterkrankungen im Alter gehören zu den Gesundheitsproblemen, die von der Medizin lange Zeit vernachlässigt wurden. Obwohl hier eine Veränderung eingesetzt hat, bestehen nach wie vor grosse Wissenslücken, vielfältige Vorurteile und unzureichende Versorgungsangebote. Neben dem «klassischen» Substanzmissbrauch von Alkohol und Tranquilizern behandelt das Werk auch Nikotin, Schmerzmittel und illegale Drogen. Grundlagen, Diagnostik, Klinik und Therapie werden praxisnah dargestellt. Ein eigenes Kapitel beschäftigt sich mit den Zusammenhängen von Suchtmittelkonsum und kognitiven Beeinträchtigungen bzw. Demenz.



Sucht – Alter – Pflege. Praxishandbuch für die Pflege suchtkrank alter Menschen

Andreas Kutschke
2012, Huber, 238 S.

Trotz der weiten Verbreitung von Alkohol-, Nikotin-, Opiat- und Tablettenabhängigkeit im Alter wissen Pflegenden wenig über diese Suchtproblematik, und es fehlt eine einheitliche Strategie im Umgang mit suchtmittelabhängigen alten Menschen. In diesem praxisorientierten Buch werden Erklärungsansätze zur Abhängigkeit im Alter vorgestellt und Leitlinien sowie ein umfassendes Konzept für pflegerische Interventionsmöglichkeiten gegeben. Die Auswirkungen des Substanzkonsums auf den alternden Körper und die gesundheitlichen und sozialen Folgen der Sucht werden beschrieben und Strategien zur interprofessionellen Zusammenarbeit und Prävention vorgestellt.